

Rechtshandlungen mit der Durchführungsstelle Zusatzleistungen zur AHV/IV

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die nachstehende, als Bevollmächtigter/Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Zusatzleistungen zur AHV/IV gegenüber der Gemeinde Pfungen wahrzunehmen.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung im Bereich der Zusatzleistungen zur AHV/IV sowie die Ergreifung von Rechtsmitteln.

Ich befreie die Durchführungsstelle für Zusatzleistungen zur AHV/IV der Gemeinde Pfungen von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren sowie die Verfügungen direkt zuzustellen.

Es ist mir als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin und Bevollmächtigter/Bevollmächtigte bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung beeinflussen können. Wirtschaftliche und persönliche Änderungen sind deshalb sowohl vom Vollmachtgeber/von der Vollmachtgeberin wie auch vom Bevollmächtigten/von der Bevollmächtigten unverzüglich der Durchführungsstelle für Zusatzleistungen der Gemeinde Pfungen zu melden. Sowohl der Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin wie auch der Bevollmächtigte/die Bevollmächtigte sind meldepflichtig.

Ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin und der/die Bevollmächtigte nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Zusatzleistungen zurückzuerstatten sind.

Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit meinem Ableben, der Verschollenenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Gemeinde Pfungen
Zusatzleistungen zur AHV/IV
Dorfstrasse 25
8422 Pfungen

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin	Bevollmächtigter / Bevollmächtigte
AHV-Nummer _____	Name, Vorname / Institution _____
Name, Vorname _____	Strasse _____
Geburtsdatum _____	PLZ, Ort _____
Adresse _____	Telefon _____
PLZ, Ort _____	Mail-Adresse _____
Datum _____	Datum _____
Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin _____	Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten _____
<i>Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arzteugnis beigelegt werden.</i>	Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehungsstatus zum Vollmachtgeber / zur Vollmachtgeberin _____